Deutscher Bundestag **Drucksache 18/9380**
18. Wahlperiode 09.08.2016

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Ulla Jelpke, Kathrin Vogler, Frank Tempel, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Jan Korte, Cornelia Möhring, Martina Renner, Dr. Petra Sitte, Kersten Steinke, Azize Tank, Harald Weinberg, Birgit Wöllert und der Fraktion DIE LINKE.

Aussagen des Bundesministers des Innern zu medizinischen Abschiebungshindernissen

Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maizière hatte gegenüber der „Rheinischen Post“ vom 16. Juni 2016 beklagt, dass „immer noch zu viele Atteste von Ärzten ausgestellt“ würden, „wo es keine echten gesundheitlichen Abschiebungshindernisse gibt“. Es könne „nicht sein, dass 70 Prozent der Männer unter 40 Jahren vor einer Abschiebung für krank und nicht transportfähig erklärt werden“. Damit hatte der Bundesminister indirekt sowohl den Betroffenen vorgeworfen, Krankheiten vorzutäuschen, als auch den Ärztinnen und Ärzten, falsche Atteste auszustellen.

Ein Sprecher des Bundesinnenministeriums (BMI) stellte später richtig, es gebe keine bundesweite Statistik zum Thema (siehe hierzu bereits die Bundestagsdrucksache 17/4779, Frage 5). Der Bundesminister habe aber „Erkenntnisse der am Abschiebeprozess beteiligten Behörden“ aufgegriffen, ihm sei in Gesprächen zum Thema Attestquoten „spotlight-artig von bis zu 70 Prozent berichtet worden“. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery reagierte auf die Aussage des Bundesministers, für die Medizinerinnen und Mediziner zähle immer der Einzelfall: „Wir lassen uns da nicht auf irgendwelche statistischen Spielereien ein.“ Prof. Dr. med. Wulf Dietrich, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), kommentierte: „In seiner Beamtenmentalität zählen nur Zahlen. Dass hinter jeder dieser Zahlen auch ein Mensch, ein menschliches Schicksal steht, ist dem Minister unbekannt“ (vgl. SPIEGEL ONLINE vom 17. Juni 2016: „Flüchtlinge: De Maizière nennt falsche Attest-Zahlen“ und FAZ vom 14. Juli 2016: „Arzt statt Abschiebung“).

Wegen seiner Äußerung musste sich Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maizière im Rahmen einer Aktuellen Stunde am 23. Juni 2016 im Parlament erklären (Plenarprotokoll 18/179, S. 17627 ff.). Er entschuldigte sich aber nicht für die von ihm offenkundig ohne sachkundigen Beleg verbreitete Falschmeldung, weder bei den Geflüchteten noch bei Ärztinnen und Ärzten, sondern gestand lediglich ein: „Ja, ich hätte diesen Prozentsatz so nicht nennen sollen.“ Vielmehr nahm er die Aktuelle Stunde, über die er sich „froh und dankbar“ zeigte, zum Anlass, um erneut über „Probleme durch Krankschreibungen und Atteste“ bei Abschiebungen zu sprechen. Kritisiert wurde der Bundesminister in der Debatte unter anderem von dem Abgeordneten der Fraktion der SPD, Dr. Lars Castellucci, seine Aussage habe „das soziale Klima in unserem Land vergiftet. Das ist brandgefährlich“.

Nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller ist bemerkenswert, dass der Bundesinnenminister in der Aktuellen Stunde trotz hinreichender Möglichkeit zur inhaltlichen Vorbereitung erneut eine falsche Aussage machte. Er erklärte, dass eine Evaluierung in Nordrhein-Westfalen (NRW) ergeben habe, „dass 70 Prozent der Ausreisepflichtigen psychische Erkrankungen als Vollzugshindernis geltend gemacht haben" (S. 17629). Das ist unzutreffend, wie sich aus der Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Günter Krings auf die Mündliche Frage 49 der Abgeordneten Ulla Jelpke (vgl. Plenarprotokoll 18/178, S. 17568, Anlage 36) und aus der den Fragestellerinnen und Fragestellern vorliegenden Evaluierung aus NRW aus dem Jahr 2011 ergibt: Nicht „70 Prozent der Ausreisepflichtigen" hatten psychische Erkrankungen als Abschiebungshindernisse geltend gemacht, sondern die Evaluierung betraf 184 Erfassungsbögen, die von den Ausländerbehörden in NRW im Zeitraum vom 1. Mai bis 31. Oktober 2011 für Fälle ausgefüllt worden waren, bei denen gesundheitliche Abschiebungshindernisse geltend gemacht wurden (siehe „Evaluierung der Zusammenarbeit von Ausländerbehörden und Ärztinnen und Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen und der praktischen Anwendung des Informations- und Kriterienkataloges; Bericht über die Auswertung der Erfassungsbögen (2. Stufe)" vom 27. Januar 2012, S. 11). Das heißt, in 100 Prozent dieser exemplarisch untersuchten Fälle ging es um gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse, wobei in 70 Prozent dieser Fälle psychische Erkrankungen eine Rolle spielten. Diese Angaben lassen jedoch keinerlei Schlussfolgerungen hinsichtlich der vom Bundesminister aufgeworfenen Frage zu, wie viele Ausreisepflichtige gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse geltend machen.

Allerdings ergab die Evaluierung an anderer Stelle durchaus Hinweise zur Beantwortung genau dieser Frage (siehe „Evaluierung der Zusammenarbeit von Ausländerbehörden und Ärztinnen und Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen und der praktischen Anwendung des Informations- und Kriterienkataloges; Bericht über die Auswertung der Erfassungsbögen (2. Stufe)" vom 27. Januar 2012, S. 6 f. und 12): Im Erfassungszeitraum der Evaluierung gab es in NRW 733 Abschiebungen, dabei wurden 184 Erfassungsbögen erstellt, weil gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse gelten gemacht worden waren (in neun von zehn Fällen durch Atteste, Gutachten, Krankenhausbescheinigungen usw.). Das ergibt eine Quote von etwa 25 Prozent, bei denen gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse bei Abschiebungen eine Rolle spielten (eine „Attestquote" läge leicht darunter) – was weit entfernt ist von den angeblichen 70 Prozent, auf die der Bundesminister zweifach Bezug genommen hatte.

In dem Bericht ist auch die Aussage enthalten (S. 15 f.), dass in den 109 „abschließend geprüften Fällen" in 27 Fällen (25 Prozent) eine „Reiseunfähigkeit" festgestellt wurde. Allerdings sind der Begriff und die Beurteilungspraxis der „Reisefähigkeit" fachlich umstritten. Der 107. Deutsche Ärztetag beschloss im Mai 2004 in Bremen, dass „die Beschränkung einer medizinischen Begutachtung auf bloße „Reisefähigkeit" eindeutig abzulehnen [ist], da sie nicht mit den ethischen Grundsätzen ärztlichen Handels vereinbar ist". Bei Reise- oder Transportfähigkeitsprüfungen geht es zugespitzt um die Frage, ob eine Person einen Flug vermutlich ohne größere Gesundheitsschädigungen überstehen wird oder nicht; mittel- und längerfristige negative Auswirkungen einer Abschiebung auf die Gesundheit bleiben dabei unberücksichtigt (vgl. auch Bundestagsdrucksache 17/4779). Bei solchen Prüfungen geht es hingegen nicht (vorrangig) um die Frage, ob bzw. inwiefern tatsächlich ein Krankheitswert vorliegt. Das zeigt auch der Umstand, dass in 38 Prozent der in NRW evaluierten Fälle, bei denen eine Reisefähigkeit amtlich festgestellt worden war, eine ärztliche Begleitung, eine Medikamentenmitgabe oder eine medizinische Anschlussversorgung im Zielstaat der Abschiebung empfohlen wurde.

Dass psychische und physische Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Abschiebung häufig eine Rolle spielen, ist in keiner Weise verwunderlich. So gehen fachliche Studien davon aus, dass ein hoher Prozentsatz (ca. 40 Prozent; vgl. z. B.: „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen“, Standpunkt der Bundespsychotherapeutenkammer von September 2015, S. 7) aller Geflüchteten traumatische Erlebnisse erfahren hat. Auch die Bedingungen und Risiken einer illegalisierten Flucht sind extrem belastend. Hinzu kommt, dass die Lebensbedingungen für Geflüchtete in Deutschland psychische Erkrankungen verstärken oder auch hervorrufen können (mangelnde Privatsphäre in Massenunterkünften, erzwungene Untätigkeit durch Arbeitsverbotsregelungen, isolierende Unterbringung in abgelegenen Einrichtungen, Beschränkungen der Freizügigkeit – Residenzpflicht – und der eigenen Lebensführung – Sachleistungsprinzip, Leistungskürzungen –, Angriffe und Anfeindungen usw.). Auch der Vorgang der Abschiebung ist sehr belastend, es handelt sich um eine massive Gewalterfahrung. Bei psychisch Erkrankten, wie etwa Traumatisierten, kann diese Gewalterfahrung eine Aktualisierung und Verstärkung vorhandener Krankheitssymptome verursachen (z. B. Re-Traumatisierung). Schließlich muss, nicht zuletzt angesichts staatlicher Schutzpflichten nach den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes, bei Abschiebungen berücksichtigt werden, dass in vielen Herkunftsländern die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten oft sehr beschränkt sind. Dass verantwortungsbewusste Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen aus ihrer fachlichen Sicht vielen Abschiebungen widersprechen bzw. auf entsprechende gesundheitliche Gefährdungen hinweisen, ist deshalb nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller in keiner Weise ein Indiz für einen etwaigen Missbrauch oder gar falsche ärztliche oder psychologische Begutachtungen.

In einem Brief an den Bundesinnenminister vom 26. Juni 2016 erinnert Dr. med. W. W., Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und für Psychoanalyse, Mitbegründerin und freie Mitarbeiterin des Beratungs- und Behandlungszentrums für Flüchtlinge und Folteropfer „REFUGIO München“ und seit dem Jahr 1993 mit Begutachtungen in ausländerrechtlichen Verfahren befasst, daran, dass bereits im Jahr 2001 das Bundesinnenministerium der Ärzteschaft vorgeworfen habe, ihre Mitwirkung bei Abschiebemaßnahmen zu verweigern. Seitdem habe es zahlreiche Fachgespräche im Austausch mit Behörden, Fortbildungsveranstaltungen und die Entwicklung von Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren gegeben. Es könne „nicht sein, dass alles bisher Erarbeitete wegen der Beschleunigung des Asylverfahrens jetzt nicht mehr gelten soll“. Die Bundesregierung habe sich gegenüber dem UN-Antifolterausschuss dazu verpflichtet, jegliche Abschiebung zu unterlassen, solange eine posttraumatische Belastungsstörung nicht ausgeschlossen werden könne oder irgendein Anzeichen für ein Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit einer Abschiebung bestehe.

Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maizière stand bereits mehrfach wegen falscher bzw. irreführender oder nicht belegter Zahlenangaben in der Kritik (vgl. Neues Deutschland vom 18. Juli 2016: „Der Hoax-Minister“).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Bei welchen Gesprächen mit welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (bitte nicht Namen, sondern Funktion/Stelle nennen) welcher Behörden ist dem Bundesminister „spotlight-artig“ aufgrund welcher Informationsgrundlagen berichtet worden, bei bis zu 70 Prozent aller Abschiebungen von Männern unter 40 Jahren spielten Atteste eine Rolle bzw. würden gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse festgestellt (bitte auflisten)?

2. Inwiefern und mit welchem Ergebnis wurde im Vorfeld der Aktuellen Stunde vom 23. Juni 2016 überprüft und ermittelt, was tatsächlich in diesen Gesprächen gesagt worden ist bzw. inwiefern es sich um ein Fehlverständnis des Bundesministers oder aber um eine Fehlinformation durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelte (bitte darlegen)?
3. Sind die Äußerungen des Bundesministers in der „Rheinischen Post“ vom 16. Juni 2016 in der abgedruckten Form autorisiert worden, wenn nein, warum nicht, und inwieweit wurden dabei die Äußerungen des Bundesministers auf inhaltliche Richtigkeit hin überprüft, bzw. warum wurden die unbelegten und falschen Behauptungen nicht umgehend richtiggestellt (bitte ausführen)?
4. Wie ist der Bezug zur Gruppe der „Männer unter 40 Jahren“, bei denen angeblich zu 70 Prozent gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse festgestellt würden, in der Aussage des Bundesministers gegenüber der „Rheinischen Post“ entstanden, bzw. worin begründet er sich vor dem Hintergrund, dass es hierzu auch in der Evaluierung in NRW aus dem Jahr 2011 und auch in anderen nachträglich genannten Quellen keinerlei Bezug gibt?
5. Ist es zutreffend, dass die Aussage des Bundesministers in der Aktuellen Stunde vom 23. Juni 2016, eine Evaluierung des Innenministeriums in NRW habe ergeben, „dass 70 Prozent der Ausreisepflichtigen psychische Erkrankungen als Vollzugshindernisse geltend gemacht haben“, falsch bzw. zumindest irreführend war, weil sich die Angabe zum Anteil der psychischen Erkrankungen nicht auf alle „Ausreisepflichtigen“ bezog, sondern auf eine Stichprobe von Fällen, bei denen insgesamt gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse vorgebracht worden waren (wenn nein, bitte nachvollziehbar begründen)?
6. Warum wurde die Angabe zu den 70 Prozent psychischer Erkrankungen aus der Evaluierung in NRW überhaupt herangezogen bzw. dem Bundesminister zugearbeitet, wenn sie doch, wie dargelegt, völlig ungeeignet ist, um daraus valide Schlüsse zu ziehen, in welchem Umfang Atteste im Zusammenhang mit Abschiebungen vorgelegt werden – worum es aber in der Äußerung des Bundesministers gegenüber der „Rheinischen Post“ und in der diesbezüglichen Aktuellen Stunde ging (bitte nachvollziehbar erläutern)?
7. Aus welchen Gründen haben der Bundesinnenminister in der Aktuellen Stunde vom 23. Juni 2016 und das Bundesinnenministerium bei der Beantwortung der Mündlichen Frage 49 der Abgeordneten Ulla Jelpke (Plenarprotokoll 18/178, S. 17568, Anlage 36) nicht auf den in der Vorbemerkung dieser Kleinen Anfrage dargelegten Kontext der in der Evaluierung in NRW verwendeten Angaben hingewiesen?
8. Inwieweit hat der Bundesinnenminister zur Kenntnis genommen bzw. inwieweit ist ihm kommuniziert worden, dass die Hauptzielrichtung der Evaluation in NRW des Jahres 2011 nicht ein etwaiges missbräuchliches Verhalten von Betroffenen oder Ärztinnen und Ärzten war, sondern dass es vielmehr um die Anwendung des Informations- und Kriterienkatalogs (IuK) ging, der in Zusammenarbeit von Ausländerbehörden und Ärztinnen und Ärzten erstellt worden ist und der einen sorgfältigen, sachgerechten und rechtmäßigen Umgang der Ausländerbehörden mit gesundheitsbedingten Abschiebungshindernissen sicherstellen soll?

9. Hatte der Bundesinnenminister davon Kenntnis, dass in dem Runderlass vom 22. Februar 2012 des Innenministeriums in NRW, der Bezug auf die besagte Evaluierung nimmt, als erste Maßgabe darauf hingewiesen wird, dass die Ausländerbehörden „von Amts wegen verpflichtet“ sind, gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse „in jedem Stadium der Durchführung der Abschiebung zu beachten“ und „gegebenenfalls durch ein vorübergehendes Absehen von der Abschiebung oder durch eine entsprechende tatsächliche Gestaltung der Abschiebung die notwendigen Vorkehrungen zu treffen“?

10. Wieso wurden in diesem Zusammenhang nicht die umfangreichen sonstigen Erkenntnisse und Vorschläge aus der Evaluierung übernommen, die in Richtung eines sorgfältigen, fachgerechten und rechtmäßigen Umgangs mit gesundheitsbedingten Abschiebungshindernissen gehen, und wieso wurden mit dem Asylpaket II vielmehr nach Auffassung der Fragesteller sogar umgekehrte Schlussfolgerungen für einen verschärften Umgang mit (psychisch) Kranken gezogen (Neuregelung des § 60 Absatz 7 und des § 60a Absatz 2c und 2d des Aufenthaltsgesetzes – AufenthG)?

11. Wenn die „Attestquote“ in Abschiebeverfahren nicht bei 70 Prozent liegt, wie vom Bundesinnenminister vermutet, sondern eher bei 25 Prozent (siehe Vorbemerkung), besteht dann für den Bundesminister immer noch Grund zur Klage, dass „zu viele Atteste von Ärzten ausgestellt“ würden, „wo es keine echten gesundheitlichen Abschiebungshindernisse gibt“, wenn ja, welche „Attestquote“ hielte der Bundesminister mit welcher Begründung für angemessen, und wenn nein, inwieweit ist das für ihn Anlass für eine öffentliche Entschuldigung bzw. zumindest Richtigstellung der Zahlen (bitte begründen)?

12. Welche Schlussfolgerungen für die Frage, ob bei Abschiebungen zu häufig Atteste von Ärztinnen und Ärzten ausgestellt werden, sollen aus dem Verweis des Bundesinnenministers in seiner Rede für die Aktuelle Stunde vom 23. Juni 2016 gezogen werden, dass laut Angaben der Ausländerbehörde in Dortmund „über 85 Prozent der Menschen, die im Vorfeld einer Abschiebung medizinische Hindernisse geltend gemacht haben, im Anschluss an die Abschiebung einen bereits von hier aus organisierten medizinischen Dienst in ihrem Heimatland gar nicht mehr in Anspruch genommen haben“?

    a) Welcher Art war nach Kenntnis der Bundesregierung der jeweils organisierte medizinische Dienst im Herkunftsland, der nicht in Anspruch genommen wurde, und was waren die Gründe der Betroffenen hierfür?

    b) Inwieweit ist es nach Kenntnis oder Einschätzung der Bundesregierung vorstellbar, dass diese Dienste nur vorsorglich organisiert wurden, für einen nicht auszuschließenden ungünstigen Verlauf der Abschiebung oder für drohende Gesundheitsgefährdungen, die sich natürlich aber nicht in jedem Fall realisieren müssen, weswegen die Dienste ungenutzt bleiben?

    c) Kann es nach Kenntnis oder Einschätzung der Bundesregierung nicht auch sein, dass diese Dienste von vielen Betroffenen aus nachvollziehbaren Gründen als unzureichend angesehen und deshalb nicht in Anspruch genommen wurden oder aber dass sie eigenständig nach anderen Formen einer dauerhaften medizinischen Unterstützung gesucht haben?

    d) Wenn die Bundesregierung hierzu keine genaueren Angaben machen kann, wie ist es zu vertreten, dass Zahlen öffentlich verwandt werden, die ohne weitere Erläuterungen keinerlei Aussage dazu ermöglichen, ob und inwieweit krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse zu Unrecht vorgebracht wurden oder nicht?

13. Von welchem Anteil von Abschiebungen, bei denen gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse eine Rolle spielen, ging die Bundesregierung aus, als sie mit dem Asylpaket II Verschärfungen im Umgang mit (psychisch) Kranken im Abschiebungsverfahren vorschlug und sich ausweislich der Begründung (Bundestagsdrucksache 18/7538, zu Artikel 2 Nummer 2) dabei maßgeblich auf den Bericht der Unterarbeitsgruppe Vollzugshindernisse vom April 2015 bezog, in dem die Evaluierung aus NRW und die besagten 70 Prozent psychischer Erkrankungen erwähnt werden (ebd., S. 16), und welche anderweitigen Quellen und Informationsgrundlagen wurden diesbezüglich herangezogen?

14. Wie ist es zu erklären, dass sich die Bundesregierung zur Begründung der Verschärfungen im Umgang mit gesundheitsbedingten Abschiebungshindernissen durch das Asylpaket II (Bundestagsdrucksache 18/7538, zu Artikel 2 Nummer 2) – und zwar ausschließlich – auf den Bericht der Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite vom April 2015 bezog, jedoch keinen der von der Unterarbeitsgruppe in dem Bericht formulierten Lösungsvorschläge übernahm (S. 18 des Berichts: insbesondere Schaffung einer „von allen Seiten akzeptierten neutralen und fachlich spezialisierten medizinischen Einrichtung zur Beurteilung medizinischer Fragestellungen“, die zudem zur „Überprüfung vulnerabler Personengruppen im Sinne der Aufnahme-Richtlinie“ dienen soll und vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), den Ausländerbehörden und der Bundespolizei für kurzfristige Klärungen der Reisefähigkeit oder auch Haftfähigkeit genutzt werden könne), sondern stattdessen Gesetzesverschärfungen vorschlug, die in dem Bericht der Unterarbeitsgruppe mit keinem Wort erwähnt werden (bitte ausführlich begründen)?

15. Aus welchen konkreten Gründen und Erwägungen wurden neben dem Bericht der Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite bei der Erarbeitung der Gesetzesverschärfungen im Umgang mit gesundheitsbedingten Abschiebungshindernissen durch das Asylpaket II nicht auch Stellungnahmen und maßgebliche Erkenntnisse von Fachverbänden (z. B. Bundespsychotherapeutenkammer, BPtK, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., BDP, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V., BAfF) eingeholt oder berücksichtigt, und warum wurden solche – durchweg sehr kritischen – fachlichen Stellungnahmen zu den beabsichtigten Gesetzesänderungen im Umgang mit (psychisch) Kranken nicht einmal berücksichtigt, nachdem sie vorlagen (vgl. z. B. Stellungnahme der BPtK auf Ausschussdrucksache 18(4)488, Stellungnahme des BDP an den Bundesinnenminister vom 2. Dezember 2015, Stellungnahme der BAfF vom 25. November 2015 zum Referentenentwurf)?

16. Inwieweit berücksichtigt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Einschätzung von B. M. vom Förderverein PRO ASYL (FAZ. vom 14. Juli 2016: „Arzt statt Abschiebung“), der von „propagandistischen Aktivitäten der sogenannten AG Rück“ spricht, deren Texte oft nicht die wesentlichen Daten zur Beurteilung einer Situation enthielten, dafür aber „eine Art kumuliertes Erfahrungswissen“, das aus einigen Einzelfällen ein generelles, meistens von den Betroffenen vermeintlich verschuldetes Vollzugsdefizit ableite und damit das öffentliche Klima gegen Flüchtlinge anheize?

17. Inwieweit ist dem Bundesinnenminister die in dem besagten Evaluierungsbericht aus NRW (dritter Teil: „Auswertung der Rechtsprechung“, 30. Januar 2012, S. 9) enthaltene Übersicht über die Rechtsprechung zu gesundheitsbedingten Abschiebungshindernissen bekannt bzw. bekannt gemacht worden (auf Bundestagsdrucksache 17/4779 erklärte die Bundesregierung zu Frage 26, ihr liege keine Zusammenfassung der Rechtsprechung hierzu vor), in der unter anderem auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 1998 (2 BvR 185/98) eingegangen wird, wonach die Ausländerbehörden „von Amts wegen in jedem Stadium der Durchführung der Abschiebung“ Abschiebungshindernisse zu beachten haben und gegebenenfalls von einer Abschiebung abgesehen werden muss, sowie auf die obergerichtliche Rechtsprechung zur Verpflichtung der Behörden, konkreten Hinweisen auf gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse nachzugehen, wozu auch die Einholung eines Gutachtens gehören kann?

18. Wie ist mit der im Evaluationsbericht genannten Rechtsprechung (Beachtung von Abschiebungshindernissen von Amts wegen, Aufklärungspflicht der Behörden) vereinbar, dass mit dem Asylpaket II in § 60a Absatz 2c AufenthG eine Regelvermutung in das Gesetz aufgenommen wurde, wonach grundsätzlich keine gesundheitlichen Abschiebungshindernisse vorliegen, und dass dem entgegenstehende qualifizierte ärztliche Bescheinigungen nur dann berücksichtigt werden dürfen, wenn sie bestimmten nach Auffassung der Fragesteller (hohen) Anforderungen genügen und unverzüglich vorgelegt werden (diesbezüglich gibt es eine Ausnahmeklausel zur „Unverschuldetheit“ bzw. zu „anderweitigen tatsächlichen Anhaltspunkten“), d. h. dass Ausländerbehörden gesetzlich dazu angehalten werden, qualifizierte ärztliche Bescheinigungen über gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse nicht zu beachten, wenn diese nicht „unverzüglich“ vorgelegt wurden, und dass sie qualifizierte psychologische Fachgutachten grundsätzlich nicht beachten dürfen, wie sich aus der Gesetzesbegründung ergibt, und wie ist das mit Artikel 1 Absatz 1 und Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes und rechtsstaatlichen Grundsätzen vereinbar?

19. Wie definiert die Bundesregierung „anderweitig tatsächliche Anhaltspunkte für das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würde“ (§ 60a Absatz 2d AufenthG), wenn doch nicht einmal ärztliche Atteste, die nicht den eng umrissenen Qualitätsanforderungen entsprechen oder die nicht „unverzüglich“ vorgelegt wurden, und auch keine psychologischen Fachgutachten geeignet sein sollen, einen Anhaltspunkt für das Vorliegen schwer wiegender Abschiebungshindernisse zu geben (bitte ausführlich darstellen)?

20. Inwieweit muss bei der Prüfung, ob eine Person „unverschuldet an der Einholung einer solchen Bescheinigung [nach § 60a Absatz 2c AufenthG] gehindert“ ist, berücksichtigt werden, dass es nur ein sehr begrenztes Angebot an Behandlungsplätzen und lange Wartelisten insbesondere im Bereich psychischer Traumatisierungen gibt (vgl. www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/fluechtlinge-therapieplaetze-fuer-traumatisierte-fehlen-a-1045742.html), zumal bei Geflüchteten im Regelfall eine fachkundige sprachliche Übersetzung gesichert sein – und finanziert werden – muss (bitte ausführen)?

21. Inwieweit muss bei der Prüfung, dass eine Person „unverschuldet an der Einholung einer solchen Bescheinigung [nach § 60a Absatz 2c AufenthG] gehindert“ ist, berücksichtigt werden, dass die Gesundheitsversorgung nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes in der Regel auf die Behandlung schmerzhafter und akuter Krankheiten beschränkt ist, was jedenfalls in der Praxis den Zugang zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten insbesondere für Traumatisierte deutlich erschwert oder sogar verhindert (vgl. www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/fluechtlinge-so-laeuft-die-medizinische-versorgung-a-1081702.html), weil eine entsprechende Behandlung von den jeweiligen Leistungsträgern genehmigt werden muss (bitte ausführen)?

22. Inwieweit muss bei der Prüfung, ob eine Person „unverschuldet an der Einholung einer solchen Bescheinigung [nach § 60a Absatz 2c AufenthG] gehindert“ ist, berücksichtigt werden, dass es ein Teil des Krankheitsbildes der posttraumatischen Belastungsstörung sein kann, dass Betroffene versuchen, das Erlebte zu verdrängen und zu verschweigen und deshalb nicht zeitnah über traumatische Erlebnisse berichten und keine entsprechende Behandlung beginnen können, so dass ihnen nicht als schuldhaftes Versäumnis vorgeworfen kann, wenn sie über eine Traumatisierung erst dann berichten oder sich erst dann in eine entsprechende Behandlung begeben, wenn eine Abschiebung unmittelbar bevorsteht, weil dann die Angst vor einer gewaltsamen Konfrontation mit dem verdrängten Trauma oft größer ist als der krankheitsimmanente Impuls, die traumatischen Erlebnisse zu verdrängen (vgl. www.baff-zentren.org/news/stellungnahme-der-baff-e-v-zur-oeffentlichen-anhoerung-des-ausschusses-fuer-gesundheit-am-08-06-2016/ und www.zeit.de/wissen/gesundheit/2015-11/fluechtlinge-trauma-psychologie) (bitte ausführlich begründen)?

23. Inwieweit ist dem Bundesinnenminister zur Kenntnis gegeben worden, dass in dem besagten Evaluierungsbericht aus NRW (dritter Teil: „Auswertung der Rechtsprechung“, 30. Januar 2012, S. 9) darauf hingewiesen wird, dass nach der Rechtsprechung (OVG NRW – 8 A 3053/08.A – vom 19. Dezember 2008) neben Fachärzten „auch Psychologische Psychotherapeuten aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation befähigt [sind], psychische Erkrankungen, mithin auch posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) zu diagnostizieren“, und wie ist mit dieser Rechtsprechung vereinbar, dass mit dem Asylpaket II neu geregelt wurde, dass gutachterliche Stellungnahmen von psychologischen Psychotherapeuten grundsätzlich nicht mehr zu beachten sind, weil nach geltendem Gesetz nur eine Bescheinigung eines approbierten Arztes die Regelvermutung, dass keine gesundheitsbedingten Abschiebungshindernisse vorliegen, widerlegen kann (vgl. Bundestagsdrucksache 18/7538, Begründung zu Artikel 2 Nummer 2, § 60a Absatz 2c AufenthG)?

24. Wie ist nach Auffassung der Bundesregierung die gesetzliche Neuregelung, wonach nur Atteste approbierter Ärztinnen und Ärzte, nicht aber Stellungnahmen und Gutachten psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Prüfung gesundheitsbedingter Abschiebungshindernisse Berücksichtigung finden können sollen, damit zu vereinbaren, dass verbindliche medizinische Standards zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen die Psychotherapie als das Behandlungsmittel der Wahl vorsehen und eine ausschließlich medikamentöse Behandlung in solchen Fällen nicht angezeigt ist, sondern mindestens mit psychotherapeutischen Interventionen kombiniert werden muss (vgl. Stellungnahme der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zum Referentenentwurf des BMI, Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 25. November 2015, S. 3)?

25. Wie ist nach Auffassung der Bundesregierung die gesetzliche Neuregelung, wonach nur Atteste approbierter Ärztinnen und Ärzte, nicht aber Stellungnahmen und Gutachten psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Prüfung gesundheitsbedingter Abschiebungshindernisse Berücksichtigung finden können sollen, damit zu vereinbaren, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes vor über 15 Jahren eine geregelte Ausbildung absolvieren müssen und mit der Approbation zur Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten befugt und aufgrund ihrer Ausbildung besonders geeignet sind, während im Gegenzug approbierte Ärztinnen und Ärzte (z. B. der Kardiologie, Orthopädie usw.) häufig nicht über eine entsprechende Fachkunde in Bezug auf bei Geflüchteten häufig auftretende psychische Erkrankungen verfügen, wenn sie keine entsprechende Zusatzqualifikation erworben haben (vgl. www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/20160203_pm_bptk_asylrechtspaket_ii.pdf": „Für eine qualifizierte Begutachtung von psychischen Erkrankungen reicht eine Approbation als Arzt aber nicht aus", stellt der BPtK-Präsident fest: „Depressionen und posttraumatische Erkrankungen erfordern einschlägige fachärztliche oder psychotherapeutische Kompetenz") (bitte begründen)?

26. Warum ist in der Begründung zu Artikel 2 Nummer 1 des Gesetzentwurfs zur Einführung beschleunigter Asylverfahren auf Bundestagsdrucksache 18/7538 davon die Rede, dass psychische Erkrankungen, z. B. PTBS „schwer diagnostizier- und überprüfbar" seien (die BPtK bezeichnet diese Aussage als „fachlich falsch", Ausschussdrucksache 18(4)488, S. 12), obwohl psychische Erkrankungen von Fachleuten „hinreichend sicher diagnostiziert" werden können, wie auch der BDP in einem Schreiben vom 2. Dezember 2015 an den Bundesinnenminister dargelegt hat (S. 2, bitte begründen)?

27. Welche Erkenntnisse oder Einschätzungen hat die Bundesregierung dazu, in welchem Umfang (auch relativ zur Gesamtzahl der ausgestellten Atteste und Gutachten) von Ärztinnen und Ärzten bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bewusst falsche Atteste oder Gutachten im Kontext aufenthaltsbeendender Maßnahmen ausgestellt wurden oder werden (bitte darlegen), und stimmt die Bundesregierung der Auffassung zu, dass hiervon nicht bereits dann die Rede sein kann, wenn unterschiedliche Diagnosen unterschiedlicher Medizinerinnen und Mediziner vorliegen, weil unterschiedliche Einschätzungen und unterschiedlich intensive Kenntnisse des jeweiligen Einzelfalls zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können, ohne dass von einem „Gefälligkeitsgutachten" gesprochen werden kann (bitte ausführen)?

28. Wenn der Bundesregierung keine verlässlichen Informationen dazu vorliegen, in welchem Umfang angeblich bewusst falsche „Gefälligkeitsatteste" erstellt werden, worauf begründet sich dann das vom Bundesinnenminister geäußerte Misstrauen, es könne nicht sein, dass „immer noch zu viele Atteste von Ärzten ausgestellt" würden, „wo es keine echten gesundheitlichen Abschiebungshindernisse gibt" (siehe Vorbemerkung)?

29. Ist der Bundesregierung bekannt, dass Ärztinnen und Ärzten per Berufsordnung dazu verpflichtet sind, sich an gewisse Regeln und genaue Richtlinien zu halten und bei Nichteinhaltung die zuständigen Landesärztekammern dies überprüfen können?

    In wie vielen Fällen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung solche Verfahren mit welchem Ergebnis im Zusammenhang mit der medizinischen Prüfung medizinischer Abschiebungshindernisse, und wie viele Ärztinnen und Ärzte wurden bislang nach Kenntnis der Bundesregierung wegen falsch ausgestellter Atteste mit welchen Sanktionen belegt (bitte ausführen)?

30. Inwiefern, wann, und in welcher Form wird das Bundesinnenministerium in einen Dialog mit Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten treten, um die umstrittenen Fragen des ausländerrechtlichen und praktischen Umgangs mit (psychisch) kranken Menschen, insbesondere bei Abschiebungen, zu besprechen und zu klären, und wenn dies nicht beabsichtigt ist, warum nicht (bitte darlegen)?

31. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Einschätzung des Gutachters H. W. G. (FAZ vom 14. Juli 2016: „Arzt statt Abschiebung“), dass nur etwa 20 Prozent der Traumatisierungen bei Geflüchteten tatsächlich erkannt würden, weil es – trotz Verpflichtungen aus der Asylverfahrensrichtlinie – kein Verfahren gebe, mit dem vulnerable Personen identifiziert würden (bitte ausführen)?

32. Inwieweit haben der Bund oder nach Kenntnis der Bundesregierung die Länder wann evaluiert, welche gesundheitlichen Belastungen und welche kurz-, mittel- und langfristigen negativen Folgewirkungen Abschiebungen von Personen hatten, die gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse geltend gemacht haben, und wenn keine Evaluation erfolgt ist, warum nicht?

33. Inwieweit kommt die Bundesrepublik Deutschland nach der Verschärfung des Umgangs mit (psychisch) kranken Menschen bei Abschiebungen durch das Asylpaket II noch den durch die Bundesregierung am 29. August 2011 gegenüber dem UN-Antifolterausschuss eingegangenen Zusicherungen (www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/cat_state_report_germany_5_2009_list_of_issues_AntwortNReg2011_en.pdf, dort S. 6, Nummer 7) nach, jegliche Abschiebung zu unterlassen, solange eine PTBS nicht ausgeschlossen werden kann oder irgendein Anzeichen für ein Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit einer Abschiebung besteht („Before a foreign national is handed over to the Federal Police for deportation, the Länder authorities must conduct a medical examination if there is any indication of a health risk or other risks which could have an impact on execution of the order. These examinations are conducted with a special focus on post-traumatic stress disorders (PTBS). As long as the existence of a post-traumatic stress disorder cannot be ruled out, removal by air will not take place“), und wie ist mit der damaligen Zusicherung, PTBS stünden bei solchen gesundheitlichen Überprüfungen im Fokus, vereinbar, dass nach der Begründung der entsprechenden Verschärfung von § 60 Absatz 7 Satz 2 AufenthG ein zu beachtendes gesundheitsbedingtes Abschiebungshindernis „in Fällen von PTBS regelmäßig nicht angenommen werden“ könne (Bundestagsdrucksache 18/7538, Begründung zu Artikel 2 Nummer 1; bitte ausführlich begründen)?

34. Wie lauten die aktuellen Zahlen des Ausländerzentralregisters (AZR) zu Geduldeten in Deutschland (bitte auch nach den 15 wichtigsten Herkunftsstaaten, Geschlecht, Alter und Bundesländern differenzieren), und wie groß ist die Zahl der aus medizinischen Gründen geduldeten Personen (bitte ebenfalls nach den 15 wichtigsten Herkunftsstaaten, Geschlecht, Alter und den Bundesländern differenzieren)?

35. Wie aussagekräftig sind diese Zahlen nach Einschätzung der Bundesregierung, nachdem die neue Kategorie medizinischer Duldungsgründe im AZR im November 2015 eingeführt wurde (vgl. FAZ vom 14. Juli 2016: „Arzt statt Abschiebung“), wie lange dauert die entsprechende technische Anpassung der IT-Systeme der Ausländerbehörden, und womit begründet das Bundesinnenministerium seine Auffassung, Duldungsgründe würden bei einer Duldungsverlängerung „häufig nicht aktualisiert“ (ebd.)?

36. Inwieweit sind nach Einschätzung der Bundesregierung die Angaben des AZR zu medizinischen Duldungsgründen, unabhängig von der möglicherweise noch beschränkten Aussagekraft dieser Angaben, vereinbar mit Einschätzungen, wonach 70 Prozent der Männer unter 40 Jahren vor einer Abschiebung für krank und nicht transportfähig erklärt würden bzw. wonach 70 Prozent der Ausreisepflichtigen psychische Erkrankungen als Vollzugshindernis geltend gemacht hätten, und welche generellen Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Daten des AZR zu medizinischen Duldungsgründen?

37. Besaß der syrische Attentäter von Ansbach nach Kenntnis der Bundesregierung (zuletzt) eine Duldung aus medizinischen Gründen, inwieweit war eine Suizidgefahr für den Fall einer drohenden Abschiebung nach Bulgarien im konkreten Fall diagnostiziert oder vorgebracht worden, und inwieweit, und mit welcher Begründung haben Behörden und Gerichte eine solche Suizidgefahr gegebenenfalls als Abschiebungshindernis gewertet oder nicht (bitte auch im Zeitverlauf darstellen), und mit welcher Begründung und aufgrund welcher geänderten Umstände hat insbesondere das BAMF am 13. Juli 2016, entgegen der vorherigen Duldungspraxis, entschieden, den Betroffenen zur Ausreise nach Bulgarien aufzufordern und ihm andernfalls eine Abschiebung anzudrohen, obwohl konkrete Hinweise auf einen drohenden Suizid bzw. sogar für einen „spektakulären Selbstmord“ für diesen Fall vorlagen (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 26. Juli 2016: „Erster Selbstmordanschlag in Deutschland“, DIE WELT vom 27. Juli 2016: „Mohammed D. war ‚spektakulärer Selbstmord‘ zuzutrauen“; bitte ausführen)?

38. Inwieweit haben nach Kenntnis der Bundesregierung Behörden und Gerichte bei der Prüfung von Abschiebungshindernissen in Bezug auf die geplante Abschiebung des psychisch kranken syrischen Flüchtlings (vgl. www.br.de/nachrichten/mittelfranken/inhalt/attentaeter-ansbach-behandlung-ausgesetzt-100.html), des späteren Attentäters von Ansbach, nach Bulgarien berücksichtigt, dass er dort nach eigenen Angaben inhaftiert, misshandelt und ihm eine medizinische Behandlung (Granatsplitter in Armen und Beinen) verweigert und er zudem in die Obdachlosigkeit entlassen worden sein soll (Letzteres deckt sich mit allgemeinen Informationen zu Bulgarien, etwa von PRO ASYL, die im Kern auch vom Auswärtigen Amt bestätigt wurden: www.proasyl.de/news/auswaertiges-amt-bestaetigt-fluechtlinge-bleiben-in-bulgarien-schutzlos/), was insbesondere Vorgaben des EU-Rechts zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden widersprechen würde (bitte ausführen)?

39. Welche Informationen liegen der Bundesregierung dazu vor, aus welchen Gründen die weitere Kostenübernahme für die Therapie des psychisch kranken syrischen Flüchtlings, des späteren Attentäters von Ansbach, erst nach monatelanger Verzögerung genehmigt wurde (einem Antrag von Januar 2016 sei erst zum 1. August 2016 entsprochen worden; vgl. www.br.de/nachrichten/mittelfranken/inhalt/attentaeter-ansbach-behandlung-ausgesetzt-100.html), wer hat nach Kenntnis der Bundesregierung den Verlängerungsantrag für die Kostenübernahme in welchem konkreten Verfahren geprüft, inwieweit waren die eingeschränkten Bedingungen der Behandlungskostenübernahme im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes für die Verzögerung (mit-)verantwortlich, und inwieweit geht die Bundesregierung davon aus, dass die Behandlungsunterbrechung eine psychische Destabilisierung des Attentäters und seine Bereitschaft für ein Selbstmordattentat zumindest befördert haben könnte (bitte ausführen)?

40. Welche konkreten Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den bekannt gewordenen Abläufen im Zusammenhang mit dem psychisch kranken Attentäter von Ansbach, insbesondere in Hinblick auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Geflüchtete und einen anderen Umgang mit in anderen Ländern anerkannten Flüchtlingen, die oft aus guten Gründen nicht zurückkehren können, was auch der vormalige Präsident des BAMF, Dr. Manfred Schmidt, bestätigte, als er im Januar 2015 erklärte: „Das Schlimmste, was ihnen heute passieren könnte, wäre, anerkannter Flüchtling in Italien zu werden“, da dort „selbst Familien mit Kleinkindern unter Brücken schlafen“ müssen (Fränkische Landeszeitung vom 20. Januar 2015) – was sich mühelos auf die Situation anerkannter Flüchtlinge z. B. in Bulgarien übertragen lässt und die Verzweiflung des syrischen Flüchtlings angesichts der drohenden Abschiebung nach Bulgarien erklärt (bitte ausführen)?

Berlin, den 9. August 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333